81

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ
DANS LES RÉTENTIONS PLACENTAIRES
POST-ABORTUM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	**MM**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUÉNU
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY
Clinique des maladies syphilitiques	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY
Clinique chirurgicale	RAYMOND LE DENTU SEGOND BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BEZANÇON	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BROCA ANDRÉ	GOSSET	LŒPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des trav. anat.
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	SICARD
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
	LABBÉ	MULON	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N°

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DANS LES RÉTENTIONS PLACENTAIRES POST-ABORTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Janvier 1908 à 1 heure

PAR

D. USQUIN

Président	M. BAR, *professeur.*
Juges.	MM. DE LAPERSONNE, *professeur.* AUVRAY, *agrégé.* JEANNIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR D'HUBERT

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION. HISTORIQUE

Durant notre stage à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, il nous a été donné d'observer de nombreux cas de rétention placentaire post abortum, aussi nous sommes-nous empressé, lorsque M. le professeur P. Bar nous en eut suggéré l'idée, d'en faire le sujet de notre thèse.

Il nous a paru en effet intéressant de réunir tous les cas d'avortement observés à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine depuis octobre 1905 jusqu'à octobre 1907, c'est-à-dire plus de 560 cas d'avortements sur plus de 2.900 accouchements. Ce qui nous avait le plus frappé c'était les accidents graves qui résultaient de ces rétentions et en même temps les guérisons nombreuses qui survenaient grâce au même traitement presque systématique qui consistait à faire subir à toute femme dont l'utérus recelait des débris placentaires, le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage.

Je ne saurais trop remercier M. le Professeur P. Bar qui a bien voulu m'autoriser à feuilleter les archives de son service et en même temps nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous n'avons pas borné notre travail à l'examen de cette statistique, nous l'avons fait précéder d'une étude générale sur les rétentions placentaires dans l'avortement.

*
* *

Si l'on jette un coup d'œil sur la littérature obstétricale traitant de la rétention placentaire on voit qu'elle a donné lieu à

de nombreuses publications, variées suivant les progrès de l'antisepsie médicale ou les découvertes scientifiques ; toutes ont leurs qualités et leurs défauts ;

Modeste travail, le nôtre ne saurait avoir la prétention d'être parfait ; notre but est d'insister à dessein sur la décroissance de la mortalité de cette affection, en soulignant cependant les causes nombreuses et graves de morbidité qu'elle présente.

Après un rapide exposé de l'histoire de la rétention placentaire post abortum nous envisagerons les causes de la retention et par cela même son mécanisme, ensuite nous montrerons par notre statistique portant sur deux années consécutives la morbidité et la mortalité dans la rétention et nous en tirerons des conclusions logiques (1).

*
* *

Historique. — La rétention du placenta a été connue de la plus haute antiquité ; on en trouve des exemples dans Hippocrate, dans Paul d'Egine, Morgagni, Van Swieten ; mais il faut arriver à nos jours pour rencontrer des observations d'une grande précision.

Depaul cite une rétention de 21 jours ; Moriceau une de 30 jours en 1867 ; Chantreuil rapporte dans le *Bulletin médical* une rétention de 3 mois.

L'étude donnée à la gynécologie a permi de citer de nombreuses observations et de les rendre plus précises et plus importantes.

Trente-deux ans avant la découverte faite par Pasteur des agents pathogènes de l'infection, un génial précurseur du grand

1. Nous avons consulté avec intérêt les nombreuses thèses parues ces dernières années et les publications périodiques obstétricales et gynécologiques ayant trait à la rétention placentaire. Nous avons cité ces ouvrages en ayant soin chaque fois d'indiquer par des notes au bas des pages les sources auxquelles nous étions allé puiser.

savant Ignaz Philipp Semmelweiss affirma que « la fièvre puerpérale est produite par l'infection de la plaie utérine et que cette infection vient du dehors ». En 1869 commence une ère nouvelle ; Pasteur isole et cultive le streptococcus pyogènes.

En 1889 Widal prouve l'identité du microbe de l'érysipèle et de celui de la fièvre puerpérale et fonde la doctrine monomicrobrienue de cette affection.

Cependant M. Bar, dès 1883, avait montré que la fièvre puerpérale pouvait êtres causée par des aérobies ou par des anaérobies.

En effet la technique bactériologique perfectionnée montra que microcoques et diplocoques n'étaient souvent que des stades divers d'une même espèce, et ainsi s'établissait la doctrine de l'origine polymicrobienne de l'infection puerpérale.

Les travaux de M. le Professeur agrégé Jeannin les précisèrent en montrant que l'infection puerpérale, conséquence fréquente de la rétention placentaire, peut dépendre des germes les plus variés.

Dans ces dernières années une nouvelle théorie a pris naissance ; cette théorie fait jouer un rôle considérable aux émonctoires, au foie et aux modifications du sang.

CAUSES DE LA RÉTENTION

Pour expliquer la facilité et la fréquence des rétentions placentaires après la fausse-couche, nous envisagerons l'avortement d'abord au commencement de la grossesse et ensuite à une époque plus avancée de la grossesse.

Dès les premiers jours de la grossesse l'avortement se fait généralement en un seul temps, l'œuf est expulsé tout entier avec ses membranes, la femme le plus souvent ne s'en étant pas aperçue. En effet l'œuf au commencement de la grossesse, dans les premières semaines, est ce qu'on appelle un œuf villeux et les villosités qui l'attachent à l'utérus sont faciles à rompre et faciles à briser. Que sous une influence quelconque il se produise un épanchement de sang dans la cavité utérine, l'utérus va se contracter et cette contraction, si faible soit elle, suffit pour détruire les villosités et décoller l'œuf : c'est le décollement de l'œuf.

L'œuf décollé tombe dans le segment inférieur de l'utérus, et l'orifice du col s'entrouvrant lui permet de s'engager et d'être expulsé au milieu de caillots de sang.

A part un petit retard de règles tout rentre dans l'ordre et la grossesse à peine commencée se termine par un avortement.

Mais quelquefois l'expulsion de l'œuf n'est pas aussi rapide ; la faiblesse des contractions utérines et les adhérences du placenta peuvent retarder son expulsion et le col utérin qui s'efface naturellement dans l'accouchement à terme peut ne s'entrouvrir que légèrement permettant à l'embryon de le franchir

grâce à son faible volume et se refermer aussitôt en emprisonnant ce qui reste de l'œuf.

Si nous envisageons une époque plus avancée de la grossesse, du 3e au 6e mois environ, période féconde en avortements, nous voyons que l'expulsion en un seul temps est ici une exception et que presque toujours l'avortement se fait en deux temps.

Dans ce cas comme dans le précédent, le travail commencé, le col s'entrouvre, la poche se rompt, l'utérus se contracte et par suite le fœtus franchit le col cervical Le placenta et les membranes peuvent suivre cette expulsion. Mais quelquefois le deuxième temps a une longueur exagérée ou même n'a pas lieu du tout ; le col se referme aussitôt après le passage du fœtus, empêchant le placenta et les membranes de suivre ; la rétention est constituée.

C'est qu'en effet à cette époque de la grossesse le placenta a un volume considérable relativement à celui du fœtus et Hecker a montré que si le poids du fœtus à 3 mois était de 11 grammes celui du placenta était de 38 grammes.

C'est seulement au 5e mois que le poids du fœtus devient supérieur à celui du placenta, le fœtus pesant 273 grammes, le placenta 178 grammes. Et ainsi un col qui se sera suffisamment dilaté pour laisser passer un fœtus de 4 mois qui pèsera 55 grammes aura une dilatation insuffisante pour le placenta correspondant qui pèsera 80 grammes.

D'autre part ici encore l'utérus, organe musculaire par excellence, ne possède pas à cette époque de la grossesse une contractilité aussi puissante qu'à la fin du terme ; les contractions utérines ont brisé l'œuf, mais elles ne peuvent briser les adhérences du placenta à la paroi utérine, non plus la rigidité du col.

Le fœtus est expulsé mais le placenta et les membranes son dans la cavité utérine. Si les adhérences de ce dernier avec l'utérus n'existent plus, il tombe dans le segment inférieur,

s'engage dans le col et par son contact peut activer les fibres musculaires de l'utérus qui l'expulsera.

Mais ce décollement n'existe pas toujours et le col peut se refermer grâce à l'absence de contact du placenta qui dans le cas précédent excitait l'utérus, et qui est resté dans le segment supérieur. Il faudra un nouveau travail pour produire ce décollement et c'est précisément pendant ce travail pour rompre les adhérences que se produisent les hémorragies, accidents fréquents et quelquefois très dangereux.

La rétention placentaire est donc fonction de la lenteur excessive du travail, elle reconnaît pour causes la faiblesse des contractions utérines, les adhérences de l'œuf à l'utérus, la dureté du col, la disproportion du fœtus et du placenta.

MORBIDITÉ ET MORTALITE

Nous avons vu dans le chapitre précédent comment se faisait la rétention : quelles en sont donc les conséquences ?

Le placenta retenu dans la cavité utérine peut y séjourner pendant longtemps, plusieurs mois, comme cela ressort des observations de Lallier (1) et des nôtres. Ci-joint trois observations de rétention prolongée :

Observation 1 (n. 1360), nov. 1906 (2). — F... M., 36 ans, VI pare. — Avortement de 2 mois environ, fait dans un service de médecine il y a 8 jours.

Entre le 13 novembre à la Maternité de St-Antoine perdant de nombreux caillots volumineux et ayant une température de 38°.

On pratique le toucher : le col est long et fermé.

Le 14 novembre on pose une tige de laminaire.

Température matin : 37,6, soir : 37,8.

Le 15, exploration de la cavité intérine : on arrive avec le doigt sur de nombreux débris placentaires.

Température matin et soir : 38°. On fait un curettage suivi d'un écouvillonnage.

Le 17 au soir la malade a une température de 38°.

Passée en salle bien portante le 21 novembre.

Observation 2 (n. 912), août 1907. — O... C., 35 ans, VI pare. — Avortement de 2 mois 1/2 environ. Amenée à la Maternité

1. Lallier. *Thèse de Paris*, 1866.

2. Toutes nos observations sont tirées des registres de la Maternité de l'hôpital St-Antoine octobre, 1905 à octobre 1907.

de Saint-Antoine le 19 août. A fait le premier temps de son avortement il y a huit jours. Depuis cette époque elle perd du sang assez abondamment.

Au toucher on sent un utérus gros avec col perméable, on arrive sur du placenta.

Température du 19 soir : 37,8.

Le 20 août la malade est passée au pavillon d'isolement. Dans l'après-midi elle perd abondamment et a des tendances syncopales.

On lui fait une piqûre d'éther.

Le toucher est de nouveau pratiqué ; on retire de nombreux caillots, ce qui décide de faire immédiatement un curettage. Cette intervention est gênée par la grande adhérence du placenta.

Pendant l'opération la malade a plusieurs syncopes. On lui fait une injection d'éther et de 700 grammes de sérum. Température 37.

Le 21 au soir. Température : 37,6.

Le 22 matin. Température : 38,6, soir : 38.

Les jours suivants la malade va bien.

Elle sort en bon état le 29 août.

Observation 3 (n. 951), août 1907. — R... B., 22 ans. Primipare. — Avortement de 6 semaines. Entre à l'hôpital le 28 août.

A fait une fausse-couche de 6 semaines dans les premiers jours de juillet. Elle est restée au lit pendant huit jours perdant du sang.

Le 15 août à la suite d'une hémorragie plus abondante accompagnée d'expulsion de volumineux caillots, un médecin appelé veut la faire transporter à l'hôpital ; elle refuse et reste couchée jusqu'au 28 août, jour où elle se décide enfin à entrer à la Maternité. Les lochies sont très fétides, le col est fermé.

Le 29 août pose d'une tige de laminaire, puis sous chloroforme dilatation à l'aide de bougies de Hegar. On pratique le curage digital, le placenta est très adhérent. On fait un curettage et un écouvillonnage suivis d'un tamponnement iodé.

Le 30 août, on ôte le tamponnement.

Le 1er septembre, la malade est passée en salle et sort le 8 en bon état.

Dans certains cas le placenta peut se transformer soit en polypes soit en endométrite puerpérale. Burns cite le cas d'une

femme ayant eu un avortement de 3 mois ; le placenta n'avait pas été expulsé et la femme redevenue enceinte accoucha d'un produit sain accompagné d'une grande quantité d'hydatides.

Mais les deux grands accidents, cause de morbidité, sont l'hémorragie et la septicémie.

Etudions les tour à tour.

Hémorragie. — L'hémorragie se produit soit immédiatement après la sortie du fœtus, soit longtemps après ; elle peut être continue ou intermittente ; elle commence avec le début des contractions utérines et se continue avec le décollement du placenta.

Sous l'influence d'une brusque contraction le placenta se décolle en une seule fois ; il en résulte l'ouverture de nombreux vaisseaux utérins ; cette hémorragie peut devenir très abondante. Si le décollement se fait à une époque très rapprochée de l'avortement, les relations vasculaires entre le placenta et l'utérus n'ont point encore subi le phénomène d'oblitération due au travail de régression qui suit l'expulsion du fœtus, aussi l'hémorragie, peut devenir foudroyante, mortelle ; mais c'est là un cas tout à fait exceptionnel ; le plus souvent on ne note que les symptômes communs aux grandes hémorragies : refroidissement des extrémités, décoloration des tissus, pâleur cadavérique de la face, pouls petit et fréquent, sécheresse de la bouche et soif ardente, anxiété et agitation, troubles de la vue et bourdonnements d'oreilles, enfin syncope.

En voici plusieurs exemples :

Observation 4 (n. 1371), novembre 1906. — P. . Amélie, 30 ans, multipare. — Avortement de 3 mois. Entre à la Maternité le 20 novembre.

Elle a perdu subitement le matin de l'eau, puis du sang en très grande quantité. A midi 1/2 elle a expulsé un fœtus. Aussitôt après la malade a une hémorragie très abondante et fait appeler un docteur qui lui donne des injections chaudes et l envoie à l'hôpital.

Examen général. — A son entrée la malade est très pâle. Le pouls est rapide.

Au toucher on constate que l'utérus est gros, le col largement perméable. Le placenta entièrement décollé est en partie dans le col en partie dans le vagin. On l'extrait immédiatement ; il est déchiqueté et incomplet.

On pratique ensuite un curettage. La malade n'a pas de température.

Elle sort non guérie le 29 novembre.

Observation 5 (n. 966), septembre 1907. — C... F... 31 ans. Secondipare. — Avortement de 3 mois. Femme amenée à la Maternité le 1er septembre à minuit. A fait chez elle le premier temps de son avortement. Immédiatement après elle a eu plusieurs hémorragies très abondantes. Elle est pâle, les muqueuses sont décolorées, le pouls est filiforme.

Par le toucher on retire beaucoup de caillots du vagin et de l'utérus ainsi qu'un large lambeau placentaire. On pratique le curage digital. A la partie postérieure du col on trouve une partie indurée ressemblant à du tissu cicatriciel, très douloureuse. En interrogeant la malade on apprend qu'il y a environ 8 jours elle s'est donné des injections caustiques. On fait un tamponnement. On réchauffe la malade et on la remonte avec une potion de Todd. La température est normale.

Elle sort en bon état le 8 septembre.

Observation 6 (n. 1358), novembre 1906. — B... Marie, 25 ans. Vpare. — Avortement de 4 mois 1/2 environ. La malade est accouchée en ville. Immédiatement après la sortie du fœtus il se produit une forte hémorragie. Un docteur appelé fait une délivrance artificielle incomplète et une injection intra-utérine.

Elle est admise à la Maternité le 16 novembre.

Elle est très pâle, le pouls est filiforme, les muqueuses sont décolorés, la température est de 36°5.

On pratique le toucher. On arrive sur des débris placentaires la face utérine est irrégulière. On lui fait un tamponnement utérin très serré.

Injection d'éther et de 600 grammes de sérum.

La malade est très agitée.

Le 19. Le pouls est mieux frappé, mais irrégulier.

On pratique un curettage suivi d'écouvillonnage qui ramènent de nombreux débris placentaires.

Injection d'eau oxygénée, puis tamponnement, la température est de 36°4.

Le 20 on retire le tampon qui est fétide, on fait une injection d'eau oxygénée. La malade sort en bon état le 28 novembre.

Dans d'autres cas le placenta se décollant petit à petit, à chaque décollement une hémorragie a lieu ; ce n'est plus alors l'intensité de l'hémorragie précédente, c'est une hémorragie à répétition, mais néanmoins cette perte de sang est aussi grave que la première, car par sa multiplicité elle met la malade en état de cachexie et la septicémie trouvera là un terrain tout préparé et favorable à son évolution. Nous donnons ici plusieurs exemples d'hémorragies à répétition :

Observation 7 (n. 642), mai 1906. — R... L., 36 ans, secondipare. — Avortement de 2 mois 1/2 environ. Femme ayant fait le premier temps de son avortement chez elle. Amenée en ambulance le 15 mai à la Maternité.

Examen général. — Facies très pâle, muqueuses décolorées, pouls petit et irrégulier.

Au toucher le col est perméable et on arrive sur des débris placentaires.

En l'interrogeant on apprend qu'elle a eu chez elle plusieurs hémorragies abondantes.

Vu sa faiblesse, on lui fait des injections d'éther, d'huile camphrée et 500 grammes de sérum.

Malgré ce traitement énergique la malade a encore plusieurs syncopes.

On pratique un curettage et un écouvillonnage ramenant des débris placentaires.

La malade sort en bon état le 23 mai.

Observation 8 (n. 42 *bis*), janvier 1907. — L... R., 33 ans, VIII pare. — Avortement de 2 mois. Entre à la salle de travail le 12 janvier.

Elle a fait une fausse-couche chez elle le 9 janvier.

La délivrance fut incomplète.

Elle a eu le 10 une forte hémorragie.

Le 12 une deuxième hémorrhagie plus forte encore que la première survient à la suite d'un effort

Un médecin appelé expulse de l'utérus une grande quantité de caillots et l'envoie à l'hôpital où on lui fait immédiatement un curettage.

Vu la faiblesse et la rapidité du pouls on lui fait une injection d'éther et 200 grammes de sérum. Peu de temps après le pouls redevient plus régulier et mieux frappé.

Aucune élévation de température les jours suivants.

Sort le 20 janvier en bon état.

Observation 9 (n. 182), février 1907. — B... L... 31 ans. V pare. — Avortement de 2 mois 1/2 environ. Entre à la Maternité le 15 février.

Le 12 février la malade à la suite d'une injection d'eau et de vinaigre, a eu des contractions fréquentes suivies d'une hémorragie abondante.

Elle arrive à l'hôpital très anémiée avec un pouls petit et rapide et un ventre très douloureux.

L'hémorragie continue et le placenta en partie décollé s'engage dans le col.

On lui fait un tamponnement vaginal et on lui injecte du sérum et de l'huile camphrée.

Le 15 au soir on décide d'intervenir et on arrive par le curage digital sur une partie du placenta encore adhérent à la cavité utérine.

Sort en bon état le 29 janvier.

Ainsi les hémorragies peuvent être soudaines et abondantes ; ce qui est relativement rare ; elles peuvent être faibles et ne se traduire que par un écoulement sanguinolent : on peut même constater l'absence complète d'hémorragie quand l'avortement est produit par la mort du fœtus. Quoiqu'il en soit sous l'influence des nombreuses contractions utérines le sang s'échappe en nappe ou par flots de la cavité vaginale ; mais si les contractions sont faibles et espacées, il pourra

séjourner dans les voies génitales, s'y coaguler et former des caillots d'un volume parfois considérable.

Le sang pourra aussi s'écouler d'une façon lente, se mêlant aux sécrétions vaginales et par sa sortie répétée indiquer le travail successif de l'utérus pour éliminer le placenta ; c'est ce qui a fait considérer à certains auteurs ce mode d'hémorragie comme un signe de rétention.

En résumé nous pouvons dire que les hémorragies, soit par leur abondance, soit par leur répétition sont souvent une complication grave de la rétention ; elles mettent la femme dans un état de déchéance et d'infériorité, créant un état général de moindre résistance, ouvrant la voie à une autre complication redoutable : la septicémie.

Septicémie. — La septicémie est sans contredit le facteur principal de la morbidité dans la rétention post abortum.

Sans faire une historique bactériologique, disons que c'est à Pasteur que nous devons la découverte de la nature microbienne de l'infection puerpérale ; c'est en 1879 qu'il isola et cultiva le streptococcus pyogènes. M. Widal en 1889 créa la doctrine mono-microbienne de l'infection puerpérale.

Aujourd'hui on peut dire avec M. le Professeur Bar, qu'il n'y a pas de microbe spécifique de l'infection puerpérale : tous les microbes sont capables de donner naissance à des accidents infectieux à point de départ génital.

Néanmoins le streptocoque pyogènes joue un rôle incontesté dans l'infection puerpérale, c'est lui qu'on rencontre le plus souvent.

Le staphylocoque se limite aux parties génitales inférieures mais peut aussi infecter l'utérus.

Le bactérium coli fut trouvé par MM. Widal et Bar comme agent de l'infection puerpérale. M. Bar a appelé l'attention sur la colibacillose gravidique et c'est le bactérium coli qui infecte les plaies vulvo-vaginales déterminant la fétidité des

lochies. On l'a même trouvé dans le sang d'une puerpérale (Lemierre).

On a découvert une série de germes pathogènes anaérobies ayant pour habitat les organes génitaux, c'est ainsi que le bactérium perfringens et le bactérium ramosus sont cause de processus gangreneux et que le staphylococcus parvulis et le streptococcus tenuis se trouvent associés le plus souvent dans les affections putrides. Quoiqu'il en soit il est bien démontré maintenant que les infections puerpérales sont polymicrobiennes : c'est ainsi que sur 47 observations on a relevé 4 infections monomicrobiennes et 43 polymicrobiennes.

Quelles sont donc les origines de ces germes infectieux ?

Il y en a deux ; l'une hétérogène, l'autre autogène.

La première est de beaucoup la plus fréquente.

C'est d'abord le toucher vaginal fait dans des conditions d'asepsie imparfaite.

Ainsi, dans le cas d'avortement provoqué l'asepsie incomplète d'instruments souillés. Puis viennent les injections vaginales dangereuses par la canule, le tuyau de caoutchouc et le récipient non stérilisé.

Enfin tous les objets de pansements, les bassins et les linges de literie peuvent être cause d'infection.

L'auto-infection peut prendre naissance en dehors des voies génitales ; c'est ainsi que le sang apporte au niveau de l'utérus des germes des maladies infectieuses : grippe, scarlatine, érysipèle, pneumonie, tuberculose. Les infections mammaires peuvent donner l'infection génitale, de même les suppurations des voies urinaires.

Rarement les lésions annexielles sont la cause de l'infection génitale.

Dans un cas comme dans l'autre, que les microbes soient apportés du dehors, ou que le sang les véhicule jusqu'à l'utérus, ils doivent trouver pour se développer certaines conditions spéciales et le placenta retenu devient le milieu tout désigné

pour leur culture, d'autant mieux qu'à l'état *gravide*, comme Muscatello et Bossi l'ont montré par leurs expériences, l'organisme affaibli contracte plus facilement l infection.

C'est qu'en effet dans cet état le foie accomplit un travail plus considérable, la fonction glycogénique est augmentée et le pouvoir glycolitique réduit, l'hyperglycémie qui en résulte favorise grandement le développement des agents microbiens.

Le rein lui aussi n'opère qu'une dépuration imparfaite de l'organisme ; de plus l'intestin peut avoir un mauvais fonctionnement.

Enfin la mère a cédé au fœtus une certaine quantité de fer (Bar) et de phosphore (Bar) et cette déminéralisation des tissus, jointe aux autres conditions, est un état d'infériorité pour résister aux agents pathogènes.

N'oublions pas que l'accouchée est une blessée et que la vaste plaie placentaire est l'aboutissant des voies d'absorption veineuse et lymphatique nombreuses et ectasiées.

L'infection du placenta retenu est encore favorisée par la rétroflexion ou l'antéversion de l'utérus qui en transformant cet organe rempli de sang en vase clos favorise la stagnation et par suite donne lieu à l'exaltation de virulence des germes.

Toutes ces causes de morbidité augmentent en gravité dans l'organisme déjà affaibli.

Les hémorragies abondantes prédisposent aux infections graves avec une prédominance d'accidents phlébitiques. L'éclampsie par ses lésions hépato-rénales rend mortelle une infection qui aurait pu être bénigne développée sur un autre terrain.

La syphilis, la tuberculose, la fièvre typhoïde prédisposent aux formes graves de l'infection puerpérale.

Les intoxications jouent aussi ici un grand rôle démontré par Rossi-Doria ; c'est ainsi que les injections de certains antiseptiques comme le sublimé ont donné des cas de mort.

Le premier symptôme qui permet de faire le diagnostic de

l'infection est l'odeur des lochies qui deviennent rapidement fétides et colorées, puis la fièvre se déclare, la femme a des frissons, le pouls devient fréquent et précipité ; dans les cas graves s'ajoutent les vomissements, de violentes douleurs au niveau des articulations dans toutes les parties du corps, de l'agitation et du délire.

Nous donnons ici plusieurs observations de rétention suivies d'accidents infectieux, auxquelles il faut ajouter les deux cas de mort le n° 1215 nov. 1905 et le n° 780 juin 1905 cités plus loin dans la mortalité.

Observation 10 (n. 579 *bis*). — R... R., 30 ans. Primipare. — Avortement de 4 mois 1/2. A fait chez elle le premier temps de son avortement. Entre à l'hôpital le 30 avril et est immédiatement mise au pavillon d'isolement.

La température atteint 38°5. Les lochies ont une odeur fétide.

Au toucher on sent une partie du placenta décollé qui est dans le vagin.

On retire de ce dernier de nombreux caillots fétides.

On fait un curettage et on pratique un tamponnement.

1er *mai*. — La malade a des vomissements verdâtres, le faciès est mauvais, le pouls rapide, elle se plaint du ventre. On lui met une vessie de glace sur cette partie du corps.

2 et 3 *mai*. — Les lochies ont une odeur extrêmement fétide, on fait une injection vaginale à l'eau oxygénée, on met toujours de la glace sur le ventre et on donne 0 gr. 05 cent. d'opium.

Température : 2 mai matin : 37°, soir : 38°4 ; 3 mai matin : 37°4, soir : 37°5. Pouls 110.

Elle sort en bon état le 17 mai.

Observation 11 (n. 579 *bis*, mai 1907. J... P., 23 ans. Secondipare. — Avortement de 2 mois 1/2. Entre à la Maternité le 13 mai et est mise au pavillon d'isolement.

Cette femme a déjà eu une grossesse qui s'est terminée par un avortement à la suite duquel elle a été soignée pour une métrite hémorragique.

Depuis le 9 mai la malade a ressenti de violentes douleurs dans le

ventre et dans la région lombaire, douleurs qui l'ont obligée à s'aliter.

Le 10 *mai*. — La malade perd un liquide roussâtre, elle fait appeler une sage-femme qui lui donne plusieurs lavements laudanisés.

Le 11 et 21 *mai*. — Elle expulse de volumineux caillots qui contiennent un fœtus et des débris placentaires.

Le 13 *mai*. — Entre à l'hôpital avec une température de 39° et des lochies fétides.

A ce moment l'utérus est gros, le col est ouvert à l'orifice externe, ferme et résistant à l'orifice interne. On lui fait des injections vaginales.

Le 14 et 15 *mai*. - La température est normale, la malade ne perd pas.

16 *mai*. — La malade perd légèrement.

17 *mai*. — Les lochies sont légèrement fétides.

18 *mai*. — L'utérus est en rétroversion le col difficilement perméable. La dilatation est parachevée et on fait un curettage qui ramène quelques débris placentaires. Le soir la température est normale.

19 *mai*. — Même état.

21 *mai*. — Les lochies ne sont plus fétides, la malade va bien et est passée en salle.

Sort en bon état le 25 juin.

Observation 12 (n. 925), août 1907. — C... C., 36 ans. Secondipare. — Avortement de 3 mois 1/2. Cette femme est admise à la Maternité le 21 août à 1 heure du matin. Elle a fait chez elle le premier temps de son avortement et est envoyée à l'hôpital par un docteur.

Elle est passée immédiatement à l'isolement pour écoulement fétide.

21 *août*. — Au soir la température est de 39°2. On décide de faire un curettage qui ramène quelques débris placentaires. On pratique l'écouvillonnage et le tamponnement.

22 *août*. — Température du matin : 38°2, soir : 40°2. La femme se plaint d'une céphalée intense par contre les lochies sont normales.

23 *août*. — Température du matin : 37°6, soir : 39°6. On met à la malade de la glace sur le ventre.

24 août. — Pas de température. La malade va mieux. Passée en salle le 26. Sort en bon état le 30 août.

Nous venons de voir les causes de la morbidité dans la rétention placentaire dont les deux principales conséquences sont l'hémorragie et la septicémie.

Si nous examinons la statistique dressée par nous portant sur deux années, octobre 1905 à octobre 1907 et comprenant près de 3.000 accouchements, nous sommes frappés du chiffre relativement peu élevé d'avortements avec rétention suivis d'accidents.

C'est qu'en effet, l'École moderne, inspirée des travaux scientifiques et des découvertes bactériologiques, applique avec art les principes de la science. Les injections aseptiques, les touchers aseptiques, les instruments aseptiques expliquent la rareté des accidents morbides de l'avortement. Nous avons de plus un moyen efficace de lutter contre les accidents de l'hémorragie par le tamponnement.

En outre et c'est là le point important du traitement, nous demandons toujours à l'art chirurgical une intervention rapide et précoce en pratiquant le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage qui nettoient la cavité utérine des germes pathogènes, cause comme nous l'avons vu de la redoutable septicémie.

C'est pour n'avoir pas pratiqué à temps ces diverses opérations que nous pouvons enregistrer plusieurs cas de mort.

C'est ainsi que dans quelques-unes de nos observations où la mort a été la conséquence de la rétention nous avons pu constater un temps considérable durant lequel la septicémie a évolué en l'absence de toute intervention.

Par exemple dans l'observation suivante.

Observation 13 (n. 1215, novembre 1905. — D... — Avortement de deux mois fait en ville. Amenée à la Maternité le 16 novembre.

Curettage fait en ville ramenant des débris placentaires.

Femme ayant fait son avortement depuis le 31 octobre. Curettée en ville neuf jours après. Urines normales.

Depuis son curettage elle a le ventre très douloureux, de l'élévation de température et des frissons.

17 *novembre*. — A la palpation la malade accuse une grande douleur, dans la partie gauche du ventre, on constate de ce même côté de l'empâtement.

Température matin 39, soir 38,4.

18 *novembre*. — Température matin 37,4, soir 38,6. Glace sur le ventre.

19. — Même état. Température matin : 37,2, soir : 38,2.

20. — Ventre toujours aussi douloureux. Même traitement. Température matin 36,6, soir 39.

21. — La malade souffre énormément du ventre par crises.

M. Bar examine la malade et ordonne de l'opium et de la glace sur le ventre. Température matin : 37,4, soir : 38,8.

Le soir la malade va beaucoup plus mal. A 7 heures M. Brindeau est prévenu, il ordonne 500 grammes de sérum. On injecte à la malade de la caféine et de l'huile camphrée.

Elle meurt à 2 h. 50 du matin.

L'observation suivante nous montre une vieille salpingite ravivée par un avortement avec rétention. Ainsi que nous l'avons signalé antérieurement la présence d'une maladie annexielle aggrave singulièrement le pronostic.

Observation 14 (n. 466), avril 1906. — D... B., 30 ans. Secondipare. Premier enfant vivant. — Avortement de 2 mois environ. Dernières règles 20 janvier.

Entre à l'isolement pour avortement. Température : 39,3.

Elle a expulsé le 31 mars au soir un embryon, cette expulsion a été suivie de curettage, d'écouvillonnage et de tamponnement.

1er *avril*. — La malade va bien. Température normale.

2 *avril*. — A 4 h. 1/2 la malade est brusquement prise d'un violent point dans le ventre, elle a des vomissements. Température 38,7, Pouls 120.

En l'interrogeant on apprend qu'elle a déjà été soignée pour salpingite et a eu deux crises antérieures.

Traitement : Glace sur le ventre et expectation.

La malade passe une très mauvaise nuit, les vomissements se répètent, elle souffre atrocement. On lui injecte 1 cg. de morphine.

3 *avril*. — La malade a le facies péritonéal, le nez pincé, le pouls irrégulier, les vomissements deviennent porracés.

MM. Bar et Brindeau examinent la malade et trouvent dans le cul-de-sac latéral droit une masse pateuse, ils confirment le diagnostic de rupture d'une collection suppurée, et décident l'intervention immédiate.

Après avoir incisé la paroi et ouvert le péritoine ils se trouvent en présence d'une tumeur du volume d'un rein formée par l'ovaire.

On extirpe cette tumeur et on fait une suture en trois places.

Dans la journée la malade se plaint beaucoup mais n'a plus de vomissements.

4 *avril*. — Nuit agitée : le matin la malade est plus calme.

5 *avril*. — Nuit plus calme. Température matin 37,6, pouls 100. Soir, température 38,8, pouls 150.

6 *avril*. — La malade est très abattue. Température matin 37, pouls 144. Soir, température 37,5, pouls 140.

7 *avril*. — Les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme. Les vomissements sont très abondants.

La malade meurt à 3 heures du soir.

Dans l'observation suivante nous avons un exemple d'hémorragie abondante mettant l'organisme en état de moindre résistance et favorisant la septicemie qui doit tuer la malade.

Observation 15 (n. 780, juin 1906. — F... J., 26 ans, secondipare. — Avortement de 3 mois 1/2. Première grossesse terminée à terme, enfant vivant.

Date des dernières règles 28 avril.

Femme amenée à la Maternité le 21 juin à 9 heures du soir.

Examen obstétrical. — Uterus developpé comme pour une grossesse de 3 mois 1/2. Col largement perméable, membranes rompues. Contractions utérines fréquentes.

Le 22 à une heure du matin expulsion du fœtus poids 170 grammes.

Rétention placentaire avec hémorragie abondante. La malade est pâle, le pouls est fréquent, le placenta en partie décollé s'engage dans le col.

On fait un tamponnement.

A 6 heures du soir le 22, le tamponnement est enlevé et on pratique le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage.

On passe la femme à l'isolement pour élévation de température 39°8.

Les deux jours suivants la malade a un mauvais aspect. Facies pâle, yeux encavés, langue sèche.

On la met au régime lacté, avec de la glace sur le ventre.

25 *juin*. — Température matin 37°,4, soir 39°8.

26 *juin*. — La température remonte encore à 39°8 le soir. L'utérus n'est pas douloureux, les injections vaginales ne ramènent aucun débris placentaire ; l'eau est à peine teintée. Glace sur le ventre, 0 gr. 50 de quinine et 0 gr. 50 d'antipiryne.

27 *juin*. — La malade n'a pas reposé de la nuit ; elle se plaint de courbature générale et crie à chaque mouvement qu'on lui fait faire ; les membres inférieurs en particulier sont très douloureux.

Température du matin 39°8, soir 40°5.

28 *juin*. — Etat général tout à fait mauvais.

Utérus peu douloureux. En pratiquant le toucher vaginal on trouve le col perméable et le cul-de-sac postérieur très douloureux. On donne un lavement d'huile d'olive ramenant beaucoup de matières fécales. On met de la glace en permanence sur le ventre.

Température du soir 40°5.

29 *juin*. — La malade frissonne continuellement et se plaint de respirer difficilement. Elle a des nausées et des bourdonnements d'oreille.

Elle divague. Les lochies sont vaguement fétides. On fait une injection d'eau oxygénée.

30 *juin*. — La dyspnée devient plus intense. L'état de la malade s'aggrave. Elle a une soif intense. Les urines sont foncées : il y a de l'incontinence, le ventre est très douloureux.

On lui donne de l'opium, puis de l'alcool. Température matin 40,4. Soir 41.

1er *juillet*. — Même état. Opium et alcool. La malade n'entend plus ce qu'on lui dit. On lui injecte 500 grammes de sérum.

2 *juillet*. — Entre dans le coma. Température matin 40,2. Soir 40,9.

3 *juillet*. — Meurt à 5 heures du soir, sans avoir repris connaissance. De grandes plaques violacées sont apparues dans la région fessière et des rougeurs sur les autres parties du corps.

Dans l'observation suivante nous voyons l'exaltation des germes pathogènes sur un organisme syphilisé, affaibli par une grossesse gémellaire et dont les reins fonctionnent mal comme le prouvent l'albumine et la purulence des urines.

Observation 16 (n. 815), juillet 1906. — R... 22 ans. III. pare. — Avortement gémellaire de 6 mois. 2 grossesses antérieures suivies de curettages.

Enfants morts.

La malade a commencé à perdre en rouge vers le 15 juin.

On lui a administré à ce moment des lavements opiacés. Entrée à la salle d'accouchement le 2 juillet à 8 heures du soir. Dilatation de deux francs, fœtus mobile se présentant par le sommet en droite. Col ramolli entrouvert et perméable.

3 *juillet* 1 *heure matin*. — La dilatation est de 5 francs. La parturiente a des douleurs très intenses et rapprochées. Le doigt introduit dans le col sent le sillon inférieur et un pied.

5 *heures du matin* — La malade perd du sang, dilatation d'une paume de main. Elle pousse et expulse un fœtus du sexe féminin vivant de 770 grammes.

Après l'accouchement l'utérus reste gros. Au palper on sent encore des parties fœtales. Au toucher on arrive sur un pied qui s'engage dans le col. C'est un deuxième fœtus qui se présente. La malade perd beaucoup de sang et a de nouvelles contractions utérines.

6 *heures du matin*. — Expulsion d'un second fœtus sexe masculin mort né. Poids 800 grammes. La malade perd du sang abondamment, l'utérus est en inertie.

Délivrance artificielle incomplète. 2 placenta différents, 2 cordons, 2 poches des eaux. Poids des 2 placenta 320 grammes. Tamponnement intra-utérin et une injection d'ergotine.

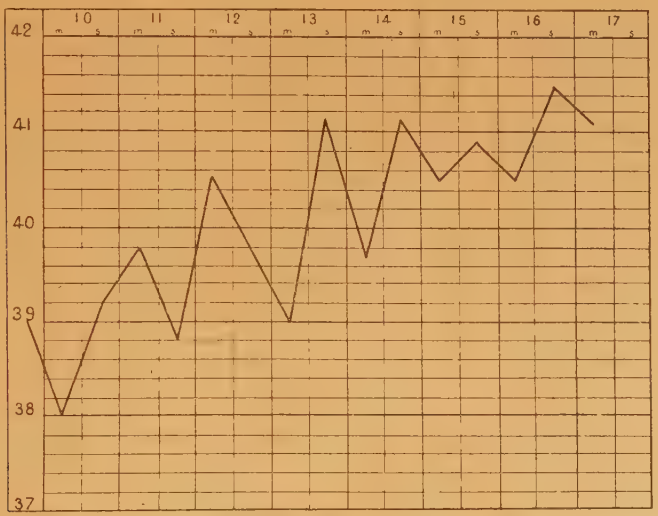
On enlève le tamponnement et on pratique un curettage et un écouvillonnaage.

10 *juillet.* — La malade est passée à Siredey le 10 au soir pour élévation de température. Les lochies sont très fétides. On fait une injection vaginale d'eau oxygénée et de permanganate de potasse.

11 *juillet.* — Les lochies sont toujours très fétides. L'utérus douloureux. On met de la glace en permanence sur le ventre. Les urines sont purulentes. La malade ne prend aucun aliment.

12 *juillet.* — Injection intra-utérine d'eau oxygénée ramenant des débris placentaires. Température matin 40,6, soir 39,8.

13 *juillet.* — La malade se plaint d'une douleur aiguë dans la jambe droite. Nausées. Vomissements glaireux. Courbature générale. On lui donne du champagne glacé et de l'urotropine.



14 *juillet.* — Mauvais état général. Faciès grippé. Yeux encavés. Lochies moins fétides. Utérus douloureux. Glace en permanence sur le ventre.

Injection intra-veineuse de collargol et friction des membres inférieurs avec du vin aromatique.

Dans la soirée la malade se plaint de douleurs aiguës dans les membres supérieurs.

Enveloppement humide.

15 *juillet.* — Même état. Une injection de morphine. La malade a une soif exagérée et ne prend aucun aliment.

16 *juillet.* — La malade est très mal. Dit des paroles incohérentes. Une injection d'huile grise et 2 injections de morphine.

Dans la nuit elle pousse de véritables cris, se plaignant d'avoir des douleurs dans tous les membres. On lui fait à nouveau une injection d'huile grise et de morphine.

17 *juillet.* — La malade délire et ne reconnaît plus personne. Une injection de morphine.

Elle meurt à midi.

Dans le cinquième cas de mort la cause de cette dernière n'a pu être déterminée exactement. Nous le laisserons de côté pour ces raisons.

Après l'exposé que nous venons de faire nous pouvons formuler les règles du traitement dans la rétention post abortive. La conduite à tenir c'est la rapide intervention chirurgicale dès que la rétention a été diagnostiquée et que signale presque toujours l'élévation de température et le frisson de fièvre : c'est à cette intervention rapide que nous devons présenter une statistique qui n'enregistre que 5 cas de mort sur 233 cas de rétention à la suite d'avortement.

De cette statistique nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Sur 2.908 accouchements il y a eu 223 cas de rétentions placentaires post abortum.

2° L'avortement s'est fait sans rétention dans 340 cas sur 563 cas ; c'est-à-dire dans 60,39 0/0 des cas.

La rétention a donc été observée dans un peu moins de la moitié des cas.

3° Sur 223 cas de rétention cette dernière a été suivie d'accidents morbides dans 187 cas ; c'est à dire dans 83,8 0 0 des cas. Dans 36 cas il n'y a eu aucune suite pathologique.

4° Dans les 187 cas suivis d'accidents morbides on a noté

121 fois des hémorragies, 121 fois une simple élévation thermique et 57 fois un écoulement lochial fétide indice d'une infection déclarée.

5° La rétention s'est produite 34 fois chez des primipares, 189 fois chez des multipares.

6° Au point de vue de l'âge de la grossesse les rétentions placentaires se répartissent ainsi :

Avortements de 2 mois	105	c'est-à-dire	47 0/0.
Avortements de 3 mois	75	—	33,6 0/0.
Avortements de 4 mois	25	—	11 0/0.
Avortements de 5 mois	13	—	5,8 0/0.
Avortements de 6 mois	4	—	1,7 0/0.

Par le tableau qui précède on voit que la rétention a lieu presqu'exclusivement dans les trois premiers mois de la grossesse.

7° Sur les 223 cas de retention il y a eu 5 morts soit une proportion de 2,67 0/0.

Notre statistique porte sur un ensemble de 2.908 accouchements et sur un total de 363 cas d'avortements, elle est résumée dans le tableau suivant :

ANNÉES	MOIS	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS	NOMBRE D'AVORTEMENTS		RÉTENTION		PARITÉ		AGE DE L'AVORTEMENT					ACCIDENTS			TERMINAISON	
			SANS RÉTENTION	AVEC RÉTENTION	SANS ACCIDENTS	AVEC ACCIDENTS	PRIMIPARES	MULTIPARES	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	5 MOIS	6 MOIS	HÉMORRAGIES	LOCHIES FÉTIDES	Ire	GUÉRISON	MORT
1905	Octobre	103	7	3	0	3	1	2	0	1	1	1	0	1	1	3	3	
1905	Novembre	106	8	8	6	2	0	8	1	1	0	6	0	0	0	2	7	1
1905	Décembre	108	6	2	0	2	0	2	1	0	0	1	0	1	2	1	2	
1906	Janvier	135	14	11	4	7	3	8	5	2	0	1	3 Enf morts et macér.	5	1	5	11	
1906	Février	43	3	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
1906	Mars	128	14	15	1	14	2	13	7	7	1	0	0	9	4	8	15	
1906	Avril	134	12	12	0	12	3	9	5	4	3	0	0	7	4	9	10	2
1906	Mai	127	11	7	0	7	0	7	5	2	0	0	0	6	0	3	7	
1906	Juin	122	13	12	1	11	4	8	5	4	2	1	0	7	5	9	11	1

1906	Septembre	105	14	7	1	6	2	3	3	4	0	0	0	[illegible]	[illegible]	2	7	
1906	Octobre	136	20	12	1	11	1	11	5	5	1	1	0	6	2	8	12	
1906	Novembre	137	23	14	0	14	1	13	6	4	4	0	0	5	2	7	14	
1906	Décembre	105	16	8	0	8	1	7	3	3	1	Inconnu		4	3	7	8	
1907	Janvier	127	11	14	5	9	3	11	10	3	1	0	0	8	1	9	14	
1907	Février	135	12	10	2	8	1	9	7	3	0	0	0	6	1	5	10	
1907	Mars	141	17	9	1	8	1	8	2	4	1	2	0	7	4	7	9	
1907	Avril	116	16	10	4	6	2	8	4	6	0	0	0	5	2	1	10	
1907	Mai	113	16	10	0	10	2	8	6	2	2	0	0	9	3	6	10	
1907	Juin	120	15	4	0	4	2	2	3	0	1	0	0	2	2	3	4	
1907	Juillet	121	14	7	2	5	0	7	6	1	0	0	0	5	2	2	7	
1907	Août	122	19	13	1	12	2	11	6	6	1	0	0	8	4	8	13	
1907	Septembre	139	16	14	4	10	2	12	7	5	2	0	0	3	4	7	14	
Totaux		2908	340	223	36	187	34	189	105	75	25	13	4	121	57	121	218	5

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° La rétention placentaire peut être considérée comme une complication sérieuse de l'avortement.

2° Deux conséquences de la rétention placentaire post abortum, l'hémorragie et l'infection sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité.

3° Les études bactériologiques, les connaissances actuelles de l'obstétrique, permettent d'envisager d'une façon moins sombre que jadis la rétention placentaire post abortum : mais à la condition d'intervenir le plus rapidement possible dès que se manifeste un des symptômes morbides de cette rétention.

Cette intervention consiste à débarrasser systématiquement du placenta, par le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage, l'utérus de toute femme ayant fait un avortement.

VU :
Le Président de la thèse,
PAUL BAR.

VU :
Le Doyen,
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Traités classiques : Tarnier et Budin, Budin et Demelin, Ribemont-Dessaignes et Lepage, Bar, Brindeau et Chambrelent. Précis de Dubrisay et Jeannin.

Adriet. — *Thèse de Paris*, 1885.

Albert. — De la rétention du placenta. *Thèse de Paris*, 1878.

Bar. — Méthodes antiseptiques en obstétrique. *Thèse d'agrégation*, 1883.

Boivin (Mme). — *Mémorial des accouchements.*

Brion (P.). — Etude critique sur 530 cas d'avortements. *Thèse de Paris.* 1892.

Budin. — De la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement. *Progrès médical*, 1886, p. 1027.

Chaleix-Vivie et Audebert. — *Traitement de l'avortement incomplet.* Masson. Paris, 1896.

Challier. — Des accidents de la délivrance après l'avortement. Paris, 1866.

Chaput. — Deux cas de rétention placentaire avec hémorragie et septicémie. *Soc. Anat.* Paris, 10 janvier 1890.

Classon. — *Étude sur les polypes placentaires*, 1890.

Colomby. — Recherches sur les rétentions du placenta dans l'avortement. *Thèse de Paris*, 1878.

Conecou. — Des rétentions du placenta. *Thèse de Paris*, 1872.

Cordes. — Rétention du placenta après l'avortement. *Annal. de gynéc.* oct. 1876.

Demelin. — Traitement de la rétention de l'arrière faix dans l'avortement du 3e et 4e mois. *Revue générale de clinique,* 30 mai 1889.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article : avortement.

Doleris. — Conduite à tenir dans l'avortement. Curage et écouvillonnage de l'utérus. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

— Traitement de l'avortement incomplet. *Semaine gynéc.*, 18 mai 1897.

Ebstein. — De la rétention du placenta après les fausses-couches des 5 premiers mois de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1872.

Esteoule. — Recherches sur les rétentions prolongées des débris placentaires. *Thèse de Paris*, 1904.

Garipuy (R.). — La rétention prolongée de l'arrière faix dans l'avortement. *Thèse de Paris*, 1894.

Gerbaud. — *Thèse d'agrégation.* Paris, 1886.

Girrud. — Rétention du placenta post abortive. *Thèse Bordeaux*, 1897.

Goret. — La rétention du délivre dans l'avortement. *Thèse Paris*, 1894.

Gueniot. — *Gaz. des hôpitaux.* Paris, 1874.

Halpein. — De l'emploi de la méthode de Kaltenback dans la rétention des membranes. *Thèse Paris*, 1898.

Hartmann et Toupet. — Conséquence tardive de la rétention placentaire. *Annal. de gynécologie.* Avril 1895.

Jamain. — Fibromes utérins et puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1907.

Labusquière. — Rétention du placenta après l'avortement. Septicémie. Extraction manuelle. Guérison. *Annal. de gyn.*, 1887, page 291, tome II. Hémorragie secondaire grave par suite de délivrance incomplète. *Annal. de gyn.*, février 1889.

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements.*

Lairy. — De la rétention du placenta à la suite d'avortement. *Thèse de Paris*, 1862.

Lorier. — Traitement de la rétention placentaire post abortive. *Thèse de Paris*, 1903.

Lucas. — *Contribution à l'étude de la délivrance dans l'avortement incomplet*, 1896.

Miot. — De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite de l'avortement. *Thèse de Paris*, 1898.

MISRACHI. — Rétention du délivre dans l'avortement. *Arch. obst. et gyn.*, 1887.

MOUCHOTTE. — *Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortive.*

OUI. — Curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire. *Ann. gyn.*, février 1895.

PINARD et WALLICH. — *De l'injection puerpérale.*

RAMBAUD (L. I. M.). — De la rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. *Thèse Paris*, 1876.

RICHARD (J.). — Contribution à l'étude du traitement des rétentions placentaires après l'avortement. *Thèse Paris*, 1906.

SCHWAB. — Emploi du sulfate de quinine dans l'avortement incomplet. *Soc. obst. de France*, avril 1897.

SIREDEY. — *Maladies puerpérales.* Masson, Paris, 1884.

VARNIER. — De la délivrance dans l'avortement. *Revue d'obs. et de pédiatrie*, 1892.

VERNEJOUL. — *Thèse de Paris*, 1870.

WISARD. — Interventions chirurgicales dans les rétentions placentaires après l'avortement. *Thèse Paris*, 1888.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction. Historique	5
Causes de la rétention	8
Morbidité et mortalité	11
Conclusions générales	32
Bibliographie	33

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.